THESE

DE

Audalio Costa

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 29 de Outubro de 1906

PARA SER

PERANTE A MESMA PUBLICAMENTE DEFENDIDA

Pelo Pharmacentico

Audalio Costa

Natural do Estado de Alagoas (Cidade de Victoria)

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

Cirurgia do aneurysma arterial popliteo

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico cirurgicas

BAHIA

Typ. e Encadernação do Lyceu de Artes e Officios

Dirigida por Prudencio de Carvalho

1906

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDO BRITTO
VICE-DIRECTOR—Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

Lentes

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.a SECÇÃO
A. Carneiro de Campos.	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas.	Anatomia, medico-cirurgica.
	2.a SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira. . . .	Histologia
Augusto C. Vianna.	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello. . . .	Anatomia e Physiologia pathologicas
	3.a SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho. .	Therapeutica.
	4.a SECÇÃO
Josino Correia Cotias.	Medicina legal e Toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca.	Hygiene.
	5.a SECÇÃO
Braz Hermenegildo do Amaral . .	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior .	Operaçõese apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.a cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia .	Clinica cirurgica, 2.a cadeira
	6.a SECÇÃO
Curelio R. Vianna.	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho. . .	Clinica medica 1.a cadeira.
Francisco Braulio Pereira.	Clinica medica 2.a cadeira
	7.a SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea . .	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão . . .	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.a SECÇÃO
Deocleciano Ramos.	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira . . .	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.a SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira. . .	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira .	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
J. Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira . . .	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho (interino) . .	1.a secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão . . .	2.a »
Pedro Luiz Celestino	3. »
Alfredo Andrade (int.).	4.a »
Antonino Baptista dos Anjos (interino) .	5.a
João Americo Garcez Fróes.	6.a »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans.	7.a »
J. Adeodato de Sousa	8.a
Alfredo Ferreira de Magalhães . . .	9.a »
Clodoaldo de Andrade.	10. »
Albino A. da Silva Leitão (interino). .	11. »
Luiz Pinto de Carvalho	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

ERRATA

Pags.	*Linhas*	*Onde se lê*	*Leia-se*
III	2	ruminol	runimol
III	4	a intelligencia	á intelligencia
1	14	do tibia	da tibia
4	3	addherindo	adherindo
6	26	soléar	solear
8	1	poplitéo	popliteo
19	5	Philagris	Philagrius
22	2	*« De la cure radicale de anévrysme arteriel poplitée »*	*« De la cure radicale de l'anévrysme artériel poplité par l'Extirpation*
32	18	nem deixarmos	nem deixar
12	10	sendo, preciso, mais tarde nova intervenção	sendo preciso, mais tarde, nova intervenção

DUAS PALAVRAS

> Je desire que nos juges voient en moi non l'homme qui écrit, mais celui qui est forcé d'écrire.
>
> MONTESQUIEU.

EIS o nosso humilde trabalho, o melhor que nos foi permittido produzir, esmagado por um ruminol colossal de circumstancias complexas e variadas, cuja enumeração deixamos a intelligencia do leitor.

Quizeramos poder exhibir uma prova mais eloquente do proveito colhido em seis longos annos de tirocinio.

Não nos foi possivel.

Por isso, mal cumprindo uma obrigação expressamente consagrada em um artigo da lei, só nos resta descançar na generosa benevolencia dos mestres e competentes.

Apezar do sumptuoso titulo com que se apresenta em publico, acha-se este modesto trabalho dividido simplesmente em duas unicas partes: na primeira, fazemos o estudo anatomo-topographico da região poplitéa; na segunda, indicamos os pro-

cessos cirurgicos mais em voga actualmente no tratamento do aneurysma da arteria daquella região.

E', portanto, apenas um resumo pratico do muito que se poderia escrever sobre o assumpto, cingido, como se acha, ao plano de desenvolvimento, de que são susceptiveis trabalhos da ordem do que escolhemos para thema de nossa dissertação.

E só.

O Auctor.

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Cirurgia do aneurysma arterial popliteo

PRIMEIRA PARTE

Estudo anatomo-topographico da região poplitéa

> Les préceptes de la cirurgie pour etre bons et fructueux, ne doivent pas presenter un cachet d'individualisme.
>
> (M. ROUBAIX.)

DÁ-SE o nome de região poplitéa á parte posterior da articulação do joelho. E' tambem conhecida por *cavidade poplitéa*, *cavidade do jarrete e região femuro-tibial posterior*.

Ella é, no membro inferior, homologa da região anterior do cotovello e, como esta, corresponde ao plano de flexão do terceiro segmento do membro sobre o segundo, dando tambem passagem a grossos troncos vasculo-nervosos.

A região poplitéa tem como limites para cima e para baixo duas linhas horisontaes: a primeira, passando dois dedos transversos por cima da base da rotula, limita a porção superior e a segunda, passando pela tuberosidade anterior do tibia, demarca a parte inferior.

Lateralmente, é limitada por duas linhas verticaes que vão passar pelo bordo postero-externo dos condylos femuraes; profundamente a região poplitéa se

estende até ao esqueleto, isto é, attinge a face posterior do femur, da tibia, e do ligamento posterior da articulação do joelho, que fica entre estes dous ossos.

Topographicamente, ella confina com as regiões seguintes: para cima, com a região posterior da coxa, para baixo, com a região posterior da perna e para diante, com a região rotulianna.

A *forma exterior* da região poplitéa, quando distendida, affecta a figura d'um quadrilatero mais alto do que largo, medindo no adulto de 12 a 14 centimetros verticalmente, dos quaes 9 ficam comprehendidos na coxa e 3 ou 5 na perna.

Ella se apresenta sob um aspecto bem differente, conforme é considerada na extensão ou na flexão.

Si a perna está em extensão, a região poplitéa é mais convexa do que concava, disposição esta que não justifica a denominação de *cavidade do jarrete* dada ordinariamente á face posterior do joelho.

Esta região mostra em seu centro um relevo oblongo, allongado de baixo para cima e regularmente arredondado.

As partes molles que o constituem são fortemente estendidas, muito resistente ao tacto, d'onde o preceito cirurgico, quando se pratica a exploração da cavidade poplitéa, de não deixar a perna na extensão com o fim de se manter o tecido muscular no estado de relaxamento e facilitar, d'este modo, o exame da região; mas, toda a vez em que tivermos occasião de intervir sobre a mesma, é necessario por a perna em extensão, porque se torna mais facil o incisal-a.

A perna estando flexionada sobre a coxa, a região poplitéa nos apresenta, em logar de uma saliencia

oblonga, como assignalamos mais acima, uma excavação profunda, circumscripta pelos relevos musculares ou tendinosos, que se revelam ao tacto sob a forma de cordas resistentes e fortemente distendidas, quando os musculos estão contrahidos; mas, que se tornam molles e depressiveis, quando esses mesmos musculos entram em relaxamento.

Os musculos são: para o lado da coxa, o *biceps*, o *semi-tendinoso* e o *semi-membranoso;* para o lado da perna, os *gemeos interno* e *externo.*

A exploração da cavidade poplitéa comprehende a *inspecção*, a *palpação* e o *exame pelos raios* X.

D'estes differentes modos de exploração, o mais importante é a *palpação.*

Os planos superficiaes da região poplitéa são: *pelle* e *tecido cellular sub-cutaneo*, ao qual nós ajuntaremos os *vasos* e *nervos superficiaes* do mesmo.

A *pelle* é fina, glabra, rica em glandulas sudoriparas e cebaceas. Devido a essa finura é que se torna facil a absorpção de medicamentos applicados em sua superficie, sendo um logar excellente para as prescripções mercuriaes. Por outro lado, é bastante movel, deixando se distender pelas producções pathologicas.

Entretanto, devido a certas affecções, que produzem a ankylose do membro, ella pode perder a sua elasticidade e se romper, mediante tentativas feitas, se voltando a perna á extensão.

O *tecido cellular sub-cutaneo* forma uma camada mais ou menos espessa, conforme a quantidade de gordura que ella possa conter. Pode-se dividir este tecido em duas camadas: uma *areolar*, camada ex-

terna, na qual estão grupados os lobulos adiposos, e, outra *lamellosa*, camada interna, constituindo o *fascia superficialis* e addherindo á aponevrose.

A camada cellulo-gordurosa da região poplitéa se continua com a similar da coxa e da perna, d'onde a emigração facil do pús dos phleugmões superficiaes da coxa, da cavidade do jarrete e da face posterior da perna.

Os vasos e nervos superficiaes, que ficam comprehendidos no tecido cellular sub-cutaneo, são: *arterias* originadas dos troncos sub-jacentes e pouco numerosas; *veias superficiaes* tambem pouco numerosas e sem importancia; *lymphaticos superficiaes*, os quaes são oriundos, em parte da região tibial posterior, em parte da região poplitéa; *nervos superficiaes*, destinados aos ligamentos, que provêm pela maior parte do *pequeno sciatico*.

A *aponevrose*, que cobre a região poplitéa, não é uma aponevrose especial, mas somente uma porção do manguito aponevrotico que envolve o membro inferior em toda a sua extensão.

Ella se continua, para cima com a aponevrose da coxa; para baixo com a superficial da perna e para diante com a anterior do joelho. Offerece bastante resistencia a ponto de supportar, sem se romper ou mesmo se distender, a presença de tumores, ora solidos, ora liquidos, que nascem e se desenvolvem abaixo d'ella.

A aponevrose poplitéa permanece indivisivel em toda a extensão da cavidade poplitéa propriamente dita.

Attingindo os musculos que formam as paredes da excavação, ella emitte por sua face profunda septos mais ou menos verticaes, que forram a face interna d'estes musculos e vão se fixar, em seguida, sobre os ramos interno e externo de bifurcação da linha aspera do femur.

Cavidade sub-aponevrotica. Depois de se ter retirado a aponevrose, se apresenta a cavidade poplitéa propriamente dita com as differentes formações, que lhe são proprias.

Estudemos primeiramente esta cavidade e depois o seu conteúdo.

Cavidade poplitéa propriamente dita. Tem a forma d'um losango, cujo grande eixo se dirige de cima para baixo, parallelamente ao do membro, e cujo pequeno eixo se dirige transversalmente, indo d'um condylo ao outro, formando dous triangulos unidos por suas bases: um, é chamado *triangulo superior ou femural,* que é limitado exteriormente pelo *biceps crural*, interiormente pelo *semi-tendinoso* e *semi-membranoso* e reforçado lateralmente pelo *recto interno* e o *custureiro;* outro é o *triangulo tibial,* exactamente representado pelo espaço angular, que circumscrevem os *gemeos interno e externo.*

Estes dous musculos constituem, pois, os dous bordos inferiores do losango poplitéo.

O *gemeo externo* é reforçado, para fóra, em sua face profunda, pelo *plantar-delgado.*

Finalmente, a *cavidade poplitéa* é uma excavação losangica, circumscripta lateralmente por quatro paredes ou bordos, dous superiores e dous inferiores;

o bordo *supero-externo*, que é constituido por dous musculos, a *longa porção do biceps* em um plano superficial e a *curta porção* em um plano profundo; o bordo *supero interno*, que é tambem formado por dous musculos, o *semi-tendinoso* em um plano superficial, o *semi-membranoso* em um plano profundo; o bordo *infero-externo*, que é constituido ainda por dous musculos, o *gemeo externo* superficialmente, o *interno* profundamente; o bordo *infero-interno*, que é constituido apenas por um musculo, o *gemeo interno*.

Ella, ainda, comprehende uma parede anterior e outra posterior.

A primeira se confunde, por assim dizer, com o plano esqueletico da região e é formada, para cima, pela face posterior do femur com seus dous condylos, pelos ramos de bifurcação da linha aspera e espaço poplitéo, crivado de buracos vasculares e pela chanfradura inter-condylianna, egualmente crivada; para baixo, pela face posterior da tibia e peroneo; na parte media, pelo ligamento posterior da articulação do joelho, lamina fibrosa extremamente resistente que, dos condylos e do espaço inter-condylianno, desce sobre a tibia.

E' necessario acrescentar que este plano esqueletico é reforçado, em sua parte inferior, pelo *musculo poplitéo* e pelos *feixes peronéaes do soléar*, mas que não fazem parte integrante da região em questão.

A segunda é formada pela associação de tres camadas (cutanea, sub-cutanea e aponevrotica) como já estudamos mais acima.

Bem se vê que a cavidade poplitéa é circumscripta de todos os lados por paredes fortemente constituidas

e que se não deixam distender facilmente pelas neoplasias, desenvolvidas em seu interior; entretanto, não é completamente fechada e tem relações com as regiões vizinhas.

Conhecida a excavação poplitéa em todos os seus elementos, passemos a estudar o que n'ella se contem.

Conteúdo. Na cavidade poplitéa se abrigam *arterias, veias, lymphaticos* e *nervos*.

Dentre as primeiras está a *poplitéa*, a principal da região, a unica importante, por assim dizer, e que é a continuação da *arteria femural;* ella se estende do canal de Hunter até o annel do soléar, onde se termina fornecendo dous ramos principaes: *tibial anterior* e *tronco tibio-peronéo*.

Obliqua para baixo e para fóra em sua metade superior, segue, em sua porção inferior, uma direcção vertical, e, acompanhada pela *veia poplitéa* e o *nervo sciatico poplitéo interno*, entra na formação do *feixe vasculo-nervoso* da cavidade do jarrete.

Vasos e nervo, constituintes d'este feixe, affectam a disposição seguinte: a *veia* está situada para traz e um pouco para fora da *arteria*, o *nervo* para traz e para fora da *veia*.

A arteria, como vemos, representa o elemento mais interno e mais profundo d'este feixe, e por essa razão, quando temos necessidade de praticar a sua ligadura, devemos procural-a para dentro e profundamente

As relações, que apresenta com os differentes orgãos da região poplitéa, são: para diante repousa sucessivamente sobre a parte posterior do femur, sobre o ligamento posterior da articulação e a face

posterior do *musculo poplitéo,* que a separa da tibia; para traz cobrem-na, *pelle, tecido cellular sub-cutaneo, aponevrose, tecido gorduroso, ganglios, nervo sciatico poplitéo interno* e a *veia poplitéa,* se notando, ainda, em sua parte superior relações com o *semi-membranoso* e em sua porção inferior com os *gemeos;* para fora, está em relação, indo de cima para baixo, com o *biceps,* o *condylo externo;* do femur e o *gemeo externo;* para dentro, corresponde ao *semi-membranoso,* que a cobre em toda a sua porção obliqua, ao *condylo interno* e ao *gemeo interno.*

Em seu trajecto emitte sete ramos, a saber: as *duas gemeas,* as *duas articulares superiores,* a *articular media* e as *duas articulares interiores.*

Diz o professor Tillaux que a arteria poplitéa é, de todas as arterias, a mais susceptivel de aneurysma, sem, entretanto, nos lembrar a causa principal de tal predisposição: talvez tenha alguma influencia o ser, com a perna, sempre subordinada a movimentos de extensão e relaxamento.

Passemos, agora, a estudar as *veias, poplitéa* e seus *affluentes.*

A *veia poplitéa* está situada para traz e um pouco para fóra da arteria.

Estende-se do annel do soléar ao do terceiro adductor, onde, d'ahi por diante, toma outro nome; é bastante unida á arteria poplitéa, satellite uma da outra, por um tecido de substancia conjunctiva, d'onde a possibilidade d'uma lesão simultanea d'estes dous vasos e a apparição d'um aneurysma arterio-venoso.

Recebe diversos *affluentes*, sendo um d'elles por sua face posterior a *veia saphena externa*.

Os ganglios lymphaticos, contidos na cavidade poplitéa, são em pequeno numero.

Os nervos, que atravessam a região, são dous, a saber: *os sciaticos popliteos interno* e *externo*, oriundos do grande *nervo sciatico*, o qual se bifurca ordinariamente na altura do angulo superior do losango popliteo e algumas vezes mais acima.

O interno é mais volumoso e fornece o *nervo sapheno externo* e um certo numero de *ramos musculares*, que se destinam ao *plantar-delgado*, aos *gemeos* e ao *solear*; o *externo* é destinado aos musculos e á pelle da região externa da perna e da face dorsal do pé e emitte em seu trajecto dous ramos collateraes: o *cutaneo peroneo* e o *accessorio* do *sapheno externo*

Tecido cellulo adiposo. A cavidade do jarrete possue uma quantidade consideravel de tecido gorduroso, que é atravessado por todos os vasos e nervos da região.

Fazendo-se um resumo sobre a disposição, que affectam os diversos orgãos contidos na cavidade poplitéa, podemos dizer que: os *dous nervos sciaticos popliteos interno* e *externo* estão collocados directamente sobre a aponevrose e occupam o plano superficial; a *arteria poplitéa* está directamente applicada sobre o plano profundo; a *veia* poplitéa, emfim, é intermediaria dos nervos e da arteria, occupando o plano medio.

O *nervo sciatico popliteo externo* segue obliquamente o lado externo da região; e o *interno*, a *veia* e a *ar-*

teria poplitéas, affectando uma disposição sensivelmente vertical, se superpoem regularmente de detraz para diante.

Todavia, esta superposição postero-anterior, cuja ordem nos é já conhecida, não se realisa sobre um plano exactamente sagittal; mas sobre aquelle que é ligeiramente obliquo, de detraz para diante e de fóra para dentro: é assim que a *veia* está situada um pouco para fóra da arteria e o *nervo* para fóra da *veia*.

Bolsas serosas. Estas foram especialmente estudadas por Foucher na França em 1856 e, na Allemanha, por Gruber em 1857. Novamente descriptas, em 1869, por Symestvedt e, 1886, por Poirier, representam um papel importante na pathologia da região.

Feito este estudo synthetico da região poplitéa, passemos á segunda parte que constituirá o capitulo mais importante do assumpto.

SEGUNDA PARTE

Os principaes meios cirurgicos de tratamento do aneurysma da arteria poplitéa

> Quœ medicamenta non sanat, ea ferrum sanat, quœ ferrum non sanat, ea ignis sanat, quœ vero ignis non sanat, ea insanabilia existimare opportet.
>
> Sect. VIII. Aph. VI.

VAMOS agora nos occupar da parte mais importante de nossa dissertação.

Muito se tem escripto sobre o tratamento dos aneurysmas, desde os meios primitivos e os que se lhes seguiram, até os processos modernos empregados pela cirurgia.

Nos primeiros tempos da sciencia foram assaz barbaros os meios de tratamento de tal affecção.

Empregaram-se dois meios principaes durante muitos seculos: a *abertura do sacco* e a *amputação do membro;* e ainda no seculo XVII os cirurgiões, suppondo infallivel a gangrena depois de obliteradas as grossas arterias, preferiam a amputação á abertura do sacco, quando a affecção se assestava em uma arteria calibrosa.

Felizmente, já vão longe esses tempos.

Graças ao evoluir dos seculos, a sciencia tem feito

jorrar intensa luz sobre o modo de tratamento dos aneurysmas, fazendo nascer mais tarde a *ligadura*, a *extirpação*, etc., preciosos recursos operatorios mais em voga.

Vamos falar destes processos que são os de effeito mais prompto e, geralmente, abraçados pela cirurgia de hoje.

Tratamento pela ligadura. Acreditava-se que ligando a arteria d'um membro, sobreviesse a gangrena, sendo, preciso, mais tarde nova intervenção.

A ligadura já havia sido proposta por Guénault e Vandemesse, em 1742, não sendo porém adoptada, quando em 1770 Anel tratou um aneurysma pela ligadura, sem incisão do sacco.

Cabe a Dominique Anel a gloria de ser o primeiro a estabelecer o preceito de ligar a arteria acima do tumor, sem nelle tocar. Elle procedia da maneira seguinte: Depois de descoberto o vaso affectado, guardando uma certa distancia do ponto lesado, ahi passava o fio de ligadura. Comquanto na primeira experiencia tivesse colhido um resultado satisfactorio, nem por isso deixou o processo em experimentação de ser considerado empyrico, e por muito tempo votado ao esquecimento, do qual só mais tarde poude arrancal-o o celebre physiologista inglez Hunter, que o submetteu em 1785 a uma modificação bastante vantajosa.

Desault se limitou á norma traçada pelo cirurgião italiano, cujos perigos são enormes, se tendo em conta a alteração atheromatosa, que sempre tem por séde á parte do vaso visinho ao tumor, que póde

ainda ser cortada pelo fio constrictor da ligadura tornando a hemorrhagia imminente.

Hunter no proposito de obviar a estes accidentes, estabeleceu que se ligasse o vaso a grande distancia do tumor, ficando sempre entre este e a ligadura uma collateral pelo menos.

Impressa esta modificação ao processo de Anel, teve de a estrear em um aneurysma da arteria poplitéa, sendo a ligadura realisada na *femural* acima do annel do terceiro adductor.

Scarpa modificou ainda este methodo, fazendo a ligadura no vertice do triangulo ao qual se deu seu nome, num caso de aneurysma arterial popliteo. E' onde os cirurgiões praticam, mais frequentemente, as ligaduras no tratamento de tal affecção, dentre estes o Dr. Pacheco Mendes, e sempre com resultados satisfactorios.

A ligadura póde ser realisada de duas maneiras, conforme ella é feita acima ou abaixo do tumor aneurysmal, isto é, entre o aneurysma e o coração e entre este e os capillares.

A ligadura acima do aneurysma comprehende tres methodos: o *methodo de Anel,* que consiste em ligar a arteria na cavidade poplitéa, deixando, entre a ligadura e o sacco, uma collateral; o *methodo* de *Hunter,* em que se colloca o fio a uma certa distancia acima do tumor, na altura do canal do terceiro adductor; o *methodo de Scarpa*, que se pratica collocando o fio, ainda mais acima, no vertice do triangulo do mesmo nome.

Realisada abaixo do sacco, comporta egualmente dous methodos: *o de Brasdor,* que é a homologa ao

de Hunter, e *o de Wardrop*. Este methodo é pouco empregado na pratica, e se designa a toda ligadura realisada abaixo do aneurysma.

Temos ainda o methodo de dupla ligadura, que é uma modificação do methodo antigo de Autyllus.

Não negamos, de facto, as vantagens das ligaduras, porém somos forçados a dizer que esse processo póde determinar innumeros accidentes fataes, como por exemplo: as *hemorrhagias*, pela quéda do fio, o *tetano*, a *erysipela*, os *angioleucites*, as *phlebites*, as *nevrites*, a *gangrena*, os *accidentes nervosos* e muitos outros.

Mas, não hesitaremos em realisar uma ligadura, escudado na conquista brilhante da asepsia e da antisepsia, sem temer assim a infecção e outras consequencias que possam sobrevir.

Como se pratica a ligadura? Não nos é difficil realisal-a, desde que se attenda á disposição anatomica da região em que se opera.

Chloroformisado o doente e realisada a antisepsia do campo operatorio, se pratica a hemostasia preventiva total, envolvendo o garrote de Esmarch simplesmente ou tambem a faixa de Nicaise nesta, ou, naquella região, conforme o processo adoptado e se opera desta maneira:

1.º tempo — descoberta do vaso;
2.º tempo — isolamento do mesmo;
3.º tempo — a sua ligadura.

Para se obter algum esclarecimento sobre o valor da ligadura no aneurysma da arteria poplitéa, basta percorrer as estatisticas annexas á obra de Pierre Delbert, onde elle cita 112 casos tratados pela liga-

dura com 79 curas em 1888; e 48 casos com 42 curas de 1889 á 1895.

O Dr. Pacheco Mendes tem praticado a ligadura em muitos casos de aneurysma da poplitéa, em o nosso Hospital, sem podermos relatar exactamente o numero de curas completas.

Muitos outros cirurgiões têm praticado a ligadura com resultados satisfactorios.

Diante do que nos dicta Pierre Delbert e outros cirurgiões, somos levados a adoptar esse modo de intervir em um caso de aneurysma da arteria poplitéa.

OBSERVAÇÃO I

(M. MOREIRA DA ROCHA)

Colhida da "Revista do Gremio dos internos dos Hospitaes da Bahia"

UM ANEURYSMA DA POPLITÉA E SUA CURA PELO PROCESSO DA LIGADURA SEM EXTIRPAÇÃO DO SACCO, EXISTINDO UMA IMPORTANTE ANOMALIA ARTERIAL

M. A. C. de côr parda, natural d'este Estado, contando 48 annos de idade, casado e vivendo do officio de carpinteiro, entrou para o Hospital de Santa Isabel no dia 15 de Março de 1903, indo occupar um dos leitos da enfermaria S. José, a cargo do Dr. Pacheco Mendes.

No dia 16 foi o doente examinado com minuciosidade. Interrogado a respeito da herança nada adiantou.

Disse haver sempre gosado saude, tendo contrahido algumas molestias venereas de que se tratou com regularidade.

Interrogado sobre o que o fez vir ao Hospital, disse ter sido um tumor que nos mostrou na cavidade poplitéa. Logo á primeira vista suspeitamos pelas pulsações, que se tratava de

um aneurysma; o que nos provou o ruido de sôpro revelado pela auscultação.

Perguntamos-lhe se não havia sido victima de alguma contusão n'aquelle logar no exercicio de sua profissão. Respondeu-nos negativamente, mas que todos os dias empregava força excessiva de que tinha sempre necessidade.

Disse-nos, tambem, que faziam dois mezes que o tumor havia começado e todos os dias augmentava em tamanho e em dores, até que não podendo mais supportal-as resolveu entrar para o Hospital.

O coração mostrava-se normal pela auscultação e do mesmo modo o pulmão.

A pelle da região do tumor estava coberta de soluções de continuidade que, nos confessou o doente, foram provenientes da applicação de alho pisado, a fim de aplacar as dores.

Em vista disto, o Dr. Pacheco Mendes marcou a operação para depois da cicatrisação das feridas.

No dia 24 de Março, estando já a pelle perfeita, foi marcada a operação para o dia seguinte.

Foi então collocada em um quarto, ao lado da enfermaria, uma cama bem desinfectada e lavada.

Fez-se todo o asseio possivel na sala de operações.

No dia 25 o Dr. Pacheco trouxe ferros seus, sêda, etc., e mandou que o algodão, a utilisar-se na operação, bem como o catigut, fossem perfeitamente asepticos.

Emfim fez-se a asepsia possivel em nosso Hospital.

Marcha operatoria

Uma vez tudo preparado para a operação, foi posto o doente na mesa, em posição conveniente, procedendo-se em seguida a anesthesia local pelo chlorureto de ethyla.

Depois da anesthesia e da applicação da faixa na parte media da côxa, praticou o Dr. Pacheco Mendes a incisão vertical e mediana, entrando no primeiro *tempo* a ligadura, isto é, a descoberta do vaso, — tendo em vista a disposição anatomica da região.

Uma vez descoberta a arteria com a mais fina pericia e mão

de mestre, pois, não foi preciso siquer a applicação de uma pinça de Pean, entrou elle no segundo *tempo* da operação — o isolamento do vaso.

Isolado o vaso, foi passado o fio com o auxilio da agulha de Deschamps e praticada a ligadura acima e abaixo do tumor.

Retirada a faixa vimos que o sacco aneurysmatico continuava a pulsar, como dantes.

Grande foi a surpreza, pois o vaso ligado havia a direcção e relações da poplitéa.

Lembrou então o Dr. Pacheco que se tratava alli, naturalmente, de uma anomalia, podendo a femoral ou poplitéa estar bifurcada.

Procurando com toda attenção, encontrou mais profundamente um vaso arterial do mesmo calibre do primeiro e da mesma direcção.

Ligado este ultimo, pelo mesmo processo, pararam as pulsações do sacco aneurysmatico.

Retirada a primeira ligadura, notamos que o sacco continuava sem pulsar, de modo que foi confirmada a supposição de bifurcação da femoral e que o sacco era formado á custa do segundo vaso, e não do primeiro como a principio se suppoz

Feito isto, lavou-se o fóco com todo cuidado e praticou-se a sutura em pontos separados. Em seguida, procedeu-se a applicação do penso, envolvendo-se a perna em grande quantidade de algodão, collocando-se depois em uma gotteira.

Levado o doente para a cama, previamente preparada, se o deixou durante sete dias, sem retirar-se o apparelho.

No setimo dia foi levantado o penso, verificando-se a completa cicatrisação por primeira intenção.

Applicando-se de novo o penso e levantando-se oito dias depois, foi o doente dado por curado.

MEIOS QUE AGEM DIRECTAMENTE SOBRE O TUMOR ANEURYSMAL

Os antigos cirurgiões tiveram a simples e excellente idéa de actuar directamente sobre o sacco, quando tinham de operar um aneurysma.

Autyllus tinha proposto a incisão do sacco depois de feita a ligadura em cima e em baixo do tumor para retirar os coalhos; e Keysler e Syme incisaram-no antes de fazer a ligadura do vaso. Esse processo está actualmente abandonado por dar logar a grandes hemorrhagias secundarias e outros accidentes terriveis pela persistencia da producção pathologica.

Depois de Lister, com os progressos da antisepsia, os cirurgiões começaram a empregar aquelle methodo com mais segurança. Entretanto, outros a vista dos máos resultados que dava algumas vezes, tentaram ir mais adiante e voltaram novamente ao velho *processo de Pulmann,* proposto hoje para a cura radical d'essa affecção. Queremos falar da extirpação.

Mas, foram sobretudo os trabalhos de Pierre Delbert, suas publicações na *Revue de Chirurgie*, sua thése de doutoramento sobre o « Pronostic et le traitement des anévrysmes artérioso-veineux », sua communicação ao congresso de cirurgia de 1895, que deram um grande passo á questão.

Em uma discussão, que teve logar na *Societé de Chirurgie*, em 1888, os cirurgiões, em quasi sua totalidade, se declararam hostís á extirpação; entretanto, a convicção surgiu mais tarde, mostrando a vantagem e o valor do processo que, então, dormia

no abandono por falta de animação, podendo-se affirmar que actualmente, se pratica o methodo da extirpação obtendo d'elle excellentes resultados.

Tratamento pela extirpação do sacco. Cura radical. Philagris passa por ser o primeiro que praticou a extirpação.

Mas, como se deve pratical-a?

Como intervir na cavidade poplitéa sem se ter o arsenal preciso?

De facto, não será facil realisal-a sem se estar senhor da anatomia da região, dos cuidados asepticos e antisepticos e munidos d'um instrumental cirurgico sufficiente.

Como se deve proceder á intervenção?

E' ocioso declarar que devem ser tomados os mais meticulosos cuidados de asepsia.

A faixa d'Esmarch é collocada com toda precaução.

Para que o tumor fique bem visivel é mistér que a incisão, praticada no sentido do grande eixo do mesmo, exceda-o de alguns centimetros superior e inferiormente.

O aneurysma deve ser tirado em blóco, respeitando-se os orgãos visinhos e ligando-se paulatinamente as arterias que forem sendo lesadas.

D'este modo se attinge o sacco, após haverem sido descobertos os nervos e a veia saphena externa.

O sciatico popliteo externo é geralmente inattingivel; o interno se apresenta isolado. Deve-se dissecal-o cuidadosamente por meio da tentacanula, evitando lesar os seus ramos. E' mistér, ainda, não exercer tracções bruscas sobre o mesmo, para que

não seja arrancada a veia saphena externa, que corre entre dous nervos antes de chegar á região poplitéa.

Da mesma forma convém disseccar com attenção a veia, começando pelo ponto em que ella se mostra isolada do sacco, bem como seccionar entre duas pinças ou duas ligaduras as veias que nella se lançam, porque de outro modo se correria o risco de arrancal-as conjunctamente com parte dos tecidos constituintes da parede da veia.

Resta a extirpação propriamente dita.

A arteria poplitéa deve ser poupada o mais possivel, ligando na proximidade do sacco, para que sejam aproveitadas as articulares.

Quando se têm anteriormente passado a faixa d'Esmarch, pode-se ligar, *ad libitum*, a extremidade afferente ou a efferente do vaso, conforme esteja o aneurysma situado na parte superior ou inferior da região poplitéa.

Deve-se abrir o sacco?

Sim, dizem alguns; não, affirmam outros; mas, ha casos em que se torna indispensavel abril-o no curso da operação.

A abertura tem a vantagem de mostrar com exactidão onde começa e onde acaba o aneurysma; a forma d'este, si elle é sacciforme ou fusiforme, e o ponto em que devem ser exactamente passadas as ligaduras, para não dizer que, aberto o aneurysma, seu volume se torna assáz reduzido e, por conseguinte fica patente a veia, que deste modo, está isenta de ser lesada e assegura de não estar agindo o operador em falso.

Pratica-se a hemosthasia permanente dos vasos com alguns fins de catgut e se fecha a ferida sem drenagem.

Os cuidados post-operatorios são de maxima importancia.

. . . .

. . . .

A extirpação tem dado os resultados seguintes:

Até 1888, Pierre Delbert cita 10 casos de extirpação com 7 curas completas, sendo os outros de máos resultados: um morreu quatro mezes e meio depois de phenomenos infecciosos; um outro teve ligeiras placas de gangrena no pé e no terceiro caso sobreveio gangrena do membro, sendo preciso se fazer a amputação.

Encontram-se, pois, em resumo, 10 casos e 9 curas, com um fallecimento devido á infecção purulenta, podendo nós estabelecermos a proporção de 90 %.

O mesmo auctor cita, de 1888 á 1895, mais 18 casos de extirpação, tendo se dado uma gangrena grave, que impoz a amputação da coxa, e gangrena ligeira, sendo preciso mais tarde uma *amputação de Chopart.*

Elle estabelece assim uma proporção de 100 % de cura.

Maydle Vienne, em 1885, citou 3 casos d'aneurysma arterial popliteo, curados pela extirpação. Polosson curou egualmente um pelo mesmo methodo, havendo seu discipulo, Comte, sustentado uma thése sobre este assumpto, em Lyon, no anno de 1885.

O Dr. Aloncle em sua thése, ultimamente defen-

dida na Faculdade de Medicina de Paris (1905), sobre «*De la cure radicale de anévrysme artériel poplitée*», nos mostra um quadro do qual poderemos tirar o valor concludente d'este methodo de tratamento da affecção que estudamos.

Monod observou tambem um individuo com aneurysma arterial popliteo esquerdo, no qual praticou a extirpação á 4 de Abril de 1900 e obteve a cura; M. Gosset realisou em 16 de Outubro de 1902, pelo mesmo methodo e alcançou a cura; M. Cunéo, ainda, pelo mesmo processo de tratamento, em um individuo com aneurysma da arteria poplitéa esquerda, em 25 de Outubro de 1905, conseguio cural-o.

Dr. Arrou cita diversos casos de aneurysma arterial popliteo, tratados pelo methodo da extirpação, com excellentes resultados.

Existem mais casos, que nos tornariam enfadonhos em enumeral-os.

Vemos depois d'essa exposição estatistica, que é preciso considerar o processo da extirpação, no tratamento do aneurysma da poplitéa, como um dos meios mais promptos para a cura d'esta affecção.

OBSERVAÇÃO II

(M. ARROU)

Anévrysme poplité artériel de la jambe droite.— Extirpation. Guérison.

Gaston B..., 26 ans, gymnasiarque, entre le 16 octobre 1904 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr. Monod, M. le Dr. Arrou assistant, salle Broca, n. 11 *bis*.

Père mort de maladie inconnue, mère morte d'un cancer à l'utérus.

A 20 ans le malade a eu une fracture au tiers inférieur de la jambe gauche. Deux ans après, chancre induré. Il le soigne pendant trois mois par des frictions mercurielles et de la liqueur de Van Swieten. Des plaques muqueuses se succèdent dans la bouche pendant les deux ou trois ans qui suivent le chancre.

Le début de l'affection actuelle remonte à deux mois et demi (août dernier) et a été signalé par l'apparition d'une tumeur poplitée qu'accompagnaient des douleurs par accès qui rendaient la marche pénible.

C'étaient des élancements presque continuels au cours de la journée, mais plus pénibles le soir après la fatigue du jour. Ils occupaient surtout le haut du mollet.

Depuis quinze jours, les douleurs sont devenues très intenses, continuelles, supportables pendant la journée, mais atroces le soir et la nuit, elles occupent la totalité du mollet, la face dorsale du pied et du premier orteil.

Elles prennent de plus en plus le caractère de douleurs continues avec exacerbation brusque en véritable accès.

Quant à la tumeur elle ne cesse de croître, sauf peut-être un temps d'arrêt, dit-il, depuis deux semaines.

Examen. — Le creux poplité est occupé par une tumeur d'un poing d'adulte, animée de battements visibles, nettement expansifs.

La limite supérieure est assez nette et peut être indiquée à quatre travers de doigt, en haut au-dessus de l'interligne. En bas on ne sent pas où finit cette poche qui semble se continuer avec la masse musculaire du mollet.

La pression de l'artère au-dessus arrête tout battement. mais il ne semble pas que la poche diminue alors spontanément.

Si on exerce une pression, elle s'affaisse quelque peu, mais non complètement.

Souffle systolique, assez rude, dans toute l'étendue de la tumeur. Les battements de la tibiale postérieure sont plus fai-

bles à droite qu'à gauche et il semble bien qu'il y ait un retard.

Veines superficielles volumineuses, œdème marqué au membre jusqu'aux malléoles. Poumons et cœur sains, pas d'albumine dans l'urine.

Le 25 octobre, mon homme fut amené à la salle d'opération ; endormi au chloroforme, une bande élastique étreignit la partie supérieure de la cuisse, et je commençai mon intervention avec le plan suivant : découvrir largement la tumeur, lier l'artère immédiatement au-dessus, luxer en bas le sac décollé des parties environnantes et lier l'artère ou les artères sous-jacentes au contact immédiat de la paroi. Aprés quelques tâtonnements, car elle était dissimulée dans une saillie de la poche, l'artère fut découverte et coupée en haut entre deux pinces. Le fil se trouva porté de cette façon à 2 centimètres environ au-dessous de l'orifice inférieur du canal de Hunter. Puis le sac fut disséqué et rejeté en bas.

Quand le sac est ancien, dur, doublé de caillots fibrineux, on sent aisément sa paroi et on la clive comme celle d'une vieille poche salpingienne, sans trop de difficultés. Ici j'eus la plus grande peine à décoller cette membrane molle, flasque, sans trace de consistance, qui se collait à tout le voisinage et semblait faire corps avec ce qui l'avoisinait : nerfs, tendons, ligament postérieur. Elle fut enfin rejetée en bas et chacun put alors s'apercevoir que son pôle inférieur s'arrêtait juste sur l'anneau du soléaire. Le point d'où émerge la tibiale antérieure étant dépassé de deux bons centimètres.

D'ailleurs cette artère avait été trouvée en cours de route émergeant du sac et liée en passant. C'est bien là le type du mauvais cas, de l'anévrysme poplité bas situé, dont l'extirpation nécessite la ligature isolée des artères basses.

Je terminai mon opération par la pose d'une mèche stérilisée doucement tassée à la partie moyenne de l'incision, et la peau fut suturée au crin.

A titre de détail, une fois enlevée la bande d'Esmarch, trois fils durent être placés : un sur la veine saphène externe un sur une artériole répondant à l'interligne même, un dernier sur une

veine satellite de l'artère tibiale antérieure. Cela fait en tout, avec les pédicules artériels, six ligatures.

Les suites furent normales, si j'en excepte une brusque élévation de température, de quelques heures à peine. au matin du troisième jour.

La réunion se fit par première intention. L'opéré ne marche pas encore, par prudence, pour éviter tout décollement dans la zone opérée.

Mas le point important pour chacun était de savoir quand, et comment se rétablirait sa circulation artérielle. D'un mot, je peux vous renseigner. Tout de suite, le courant sanguin arriva à destination et quand, deux heures après l'intervention, on ècarta l'ouate qui recouvrait les orteils pour voir ce qui se passait, on trouva le pied aussi chaud que celui du côté opposé. Et il n'a cessé depuis d'en être ainsi.

OBSERVAÇÃO III (PESSOAL)

Aneurysma da arteria poplitéa esquerda. Extirpação. Gangrena.

S. M. N. de côr parda, com 35 annos de idade, solteiro, natural d'este Estado, lavrador, entrou para o Hospital de Santa Izabel no dia 17 de Junho do corrente anno, e foi occupar o leito n.º 3 da enfermaria São Luiz, secção da clinica do Dr. Ignacio A. Gouveia,

Interrogado sobre o motivo de ter procurado o Hospital, nos disse ser este o de se achar doente *« de um tumor na curva »* e o ter sido aconselhado por pessoas com quem convivia.

Nada adiantou acerca de seus antecedentes pessoaes.

Disse-nos haver sempre gozado saude, a não ser um ataque demorado, porém remoto, de impaludismo e algumas molestias venereas das quaes se tratou convenientemente.

Quanto ao inicio de sua molestia, nos adiantou que se achava

doente desde Sexta-Feira Santa do presente anno, e, que esta começou por um rheumatismo terrivel, em cujo tratamento tinha usado de medicamentos especificos, obtendo, com estes, alguma melhora.

Revelou-nos que d'ahi por diante começou a chamar sua attenção um pequeno *caroço* que o torturava bastante, impossibilitando-o muitas vezes de trabalhar, incommodo este, que o forçava a procurar o leito.

Nós o interrogamos se tinha sido alvo de alguma contusão sobre o logar affectado no exercicio de seu meio de vida.

Respondeu-nos que recebeu uma extensa ferida superficial na região poplitéa, logo depois de apparecido o *caroço*, a qual se tinha inflammado sobrevindo uma *forte erysipela.*

Disse ainda, em resposta ás nossas indagações, que o tumor tinha augmentado progressivamente.

Nada denotava o coração á auscultação, nem tambem o apparelho pulmonar.

Examinado o doente, foi feito o diagnostico de *aneurysma arterial popliteo*, apezar de ser difficil affirmal-o desassombradamente, porquanto não revelava os principaes symptomas, que nos orientam na pesquiza, de tal affecção; mas, graças á competencia do Dr. Almeida Gouveia, foi este estabelecido.

Depois de tudo preparado para a intervenção, foi o doente operado no dia 19 de Junho pelos Drs. Almeida Gouveia e Cerqueira Lima, havendo se encarregado da chloroformisação o Dr. Raymundo de Mesquita, tendo servido de ajudantes os internos da cadeira.

O processo empregado foi o da extirpação do sacco, depois de se ter feito a ligadura da *femural* ao nivel do annel do terceiro adductor.

Realisada a operação, debaixo de todos os rigores da antisepsia, foi montado o apparelho, e o doente transportado para o leito.

Passados 3 dias, foi retirado o penso, nada se notando de anormal á inspecção, nem quanto ao estado geral, a não ser pequena elevação de temperatura.

Foram observados rigorosamente os cuidados post-opera-

torios, consistindo em lavagens da ferida com soluções antisepticas e introducção de gaze iodoformada na mesma, para depois se montar novo apparelho, se tonificando o estado geral do doente, etc.

Passados dias, apresentavam-se, comtudo, symptomas de gangrena, que muito nos preoccuparam, comquanto tivessemos ainda os meios de afugental-a; mas, infelizmente, as cousas não correram como se suppunha: a gangrena sobreveio afinal e progedio, apezar de se fazer tudo que era possivel para sustal-a; tornou-se necessaria a amputação do membro, a qual foi praticada no terço inferior da coxa, em 14 de Julho.

Permaneceu ainda no Hospital o doente, sahindo tempos depois.

OBSERVAÇÃO IV

(Esta observação é devida á gentileza do illustre Dr. João Gonçalves Martins, em cuja clinica-cirurgica a fomos colher.)

Aneurysma da arteria poplitéa direita. Extirpação. Cura.

M. S. natural de Santo Antonio de Jesus, Estado da Bahia, de côr branca, com 40 annos de idade, casado, hoteleiro, de constituição forte, apresentou-se em seu consultorio no dia 1.º de Agosto de 1903 portador d'um aneurysma da arteria poplitéa direita, bastante adiantado e com tendencia á ruptura do sacco.

A perna formava um angulo recto com a coxa; o doente dizia ter dores atrozes na região poplitéa; a auscultação revelava sopro systolico e, finalmente, manifestavam-se todos os symptomas de aneurysma.

Diante dos dados que forneceu o doente e pelo exame directo, elle não hesitou em fazer o seu diagnostico, com o qual

concordaram inteiramente os illustres collegas Drs. Antonio A. Rocha e Oscar Teixeira que se achavam presentes.

Em vista disso marcou o dia da operação, que teve logar, 8 dias depois, na residencia do doente (Calçada do Bomfim).

Teve como auxiliares os collegas acima citados, e o methodo que applicou foi o da *extirpação do sacco,* tendo antes feito a ligadura da *poplitéa* acima e abaixo do tumor aneurysmal.

A intervenção foi feita debaixo de todas as medidas asepticas e antisepticas.

Realisado tudo isso, tomou todos os cuidados post-operato, rios, fazendo, em seguida, a sutura completa sem drenagem da grande solução de continuidade.

Montado o apparelho, foi o doente transportado para o leito, tendo sido recommendado todo cuidado e repouso.

Passados 8 dias, levantou o penso para retirar os pontos. A cicatrisação se deu dentro de poucos dias e por primeira intenção. Pediu-lhe o medico operador que permanecesse, ainda, na cama ou em alguma cadeira de lona cerca de 10 dias, podendo d'ahi por diante fazer pequenos exercicios.

Depois de 28 dias, o doente estava completamente restabelecido, apresentando inteiro vigor na perna operada.

OBSERVAÇÃO V

(Esta outra observação é ainda devida á gentileza do illustre cirurgião Dr. João Gonçalves Martins que de sua clinica tambem colhemos).

Aneurysma da poplitéa direita. Ligadura e depois extirpação do sacco. Cura.

A. P. portuguez, com 53 annos, solteiro, branco e residente n'esta capital ás Portas do Carmo n.° 28.

Convidado pelo Dr Alfredo Britto para examinar este do-

ente, verificou tratar-se de um aneurysma da arteria poplitéa direita bastante adiantada, já ameaçada de romper-se.

O doente referiu-lhe ter sido ja operado por um distincto cirurgião, que usou do methodo da ligadura da femural, sendo este processo realisado no vertice do triangulo de Scarpa, porém sem resultado.

Com effeito, verificou ter isto succedido pela cicatrez existente e a permeabilidade d'aquelle vaso; quando comprimido abaixo da antiga ligadura, o sacco aneurysmal deixava de pulsar, o que foi verificado mais tarde pelos Drs. Alfredo Britto, A. Fróes, Clodoardo de Oliveira e o sexto-annista Paes Bahia.

Diz o Dr. João Gonçalves Martins que «não é a primeira vez que se observa isso, pois, o Dr. A. Vincent nos *arch. prov. de chir.*, de 1897, cita um facto em que a ligadura deu-lhe uma recidiva, tendo elle de praticar a extirpação para conseguir a cura.»

Resolveu fazer a operação por meio da ligadura com extirpação do sacco.

Para maior garantia do resultado, tratou de estabelecer a circulação collateral pelo *processo do pranteado cirurgião Lejars.*

No fim de uns quinze dias não havendo mais que receiar a gangrena possivel da perna, marcou a operação para o dia 5 de Março de 1906, que realisou auxiliados pelos Drs. acima citados, conjunctamente o doutorando Bahia, sendo que o Dr. Alfredo Britto assistiu a operação.

Incumbiu-se da chloroformisaçso o Dr. Gustavo dos Santos.

A operação correu perfeitamente bem, sem o menor accidente, sendo a poplitéa ligada acima e abaixo do sacco e este extirpado.

A ferida foi suturada e drenada.

O doente restabeleceu-se perfeitamente, ficando radicalmente curado.

ACCIDENTES QUE PODEM SOBREVIR APÓS TODA INTERVENÇÃO SOBRE O ANEURYSMA ARTERIAL POPLITEO

Quando se tem de apreciar o valor d'um methodo operatorio qualquer, faz-se preciso calcular as coefficientes de mortalidade e de cura, para se preferir este ou aquelle processo, conforme as suas vantagens.

Com respeito aos accidentes post-operatorios possiveis no tratamento do aneurysma da arteria poplitéa, podemos enuncial-os assim:

1.º A persistencia dos accidentes devidos a presença do sacco;
2.º A inflammação, a suppuração e a ruptura d'este ultimo;
3.º As hemorrhagias secundarias;
4.º A recidiva;
5.º A gangrena.

Os quatro primeiros accidentes não podem sobrevir após a extirpação, pois que o sacco foi retirado.

A persistencia d'este não está isenta de ser a origem de sérios accidentes tão frequentes nos aneurysmas da cavidade poplitéa.

Com effeito, á medida que vae augmentando de volume, vae comprimindo todo o tecido cellular, que está condensado, amontoado em laminas concentricas, e no fim de algum tempo, sacco, tecido, cellulas, veia, constituem um todo difficil á separar.

A veia poplitéa se engloba dentre em pouco tempo com os nervos sciatico popliteo interno e o sapheno,

d'onde dôres nevralgicas, perturbações trophicas, edema e insufficiencia da circulação collateral.

A ligadura, infelizmente, tem, em muitos casos, o inconveniente de augmentar estes symptomas, ao passo que se tendo praticado a extirpação, se vêem desapparecer todos aquelles accidentes nervosos.

Comte cita em sua thése um caso typico de um individuo attingido de aneurysma arterial popliteo, tratado successivamente pela compressão digital, depois pela mechanica com alternativas de cura e de recidiva.

Notou no curso do tratamento uma paralysia dos extensores dos artelhos, acompanhada de anesthesia do dorso do pé. Praticou a extirpação do sacco e poude reparar os nervos, que adheriam á parede da região.

Após esta intervenção, as funcções motoras e sensitivas se restabeleceram, com excepção do extensor do grande dedo que ficou paralysado.

Não nos occuparemos da inflammação e da suppuração do sacco, porquanto têm tendencia á desapparecer com os meios asepticos actuaes.

Uma ligadura bem feita asepticamente não é mais perigosa do que a extirpação.

Tratemos agora das hemorrhagias secundarias. Dizem os auctores em sua generalidade que, na ligadura, estas são menos frequentes do que na extirpação, porquanto se liga n'aquelle processo uma porção sã da arteria e n'este a arteria é ligada na visinhança do sacco.

Mas, se pode refutar isso pela razão de se terem

ligado arterias atheromatosas em certas amputações, sem se haverem produzido hemorrhagias secundarias; e por outro lado em individuos, cujo systema arterial esteja damnificado, se podem dar tambem hemorrhagias secundarias, sendo a ligadura feita á distancia.

Muitas vezes estas hemorrhagias são devidas á infecção, a qual pode ser evitada, desde que se proceda com rigor aos cuidados asepticos e antisepticos.

A recidiva é frequente após a ligadura.

Basta que a circulação se restabeleça logo e completamente pelos articulares: o coalho, que oblitera o sacco, pode ser fragmentado, carcomido e a recidiva ser inevitavel.

Tem-se visto desenvolvêr um segundo aneurysma no ponto ligado.

Comquanto seja isto susceptivel de acontecer, não devemos desanimar, nem deixarmos de realisal-a.

Resta-nos agora tratar da gangrena, que é a parte mais interessante da questão.

A maioria dos auctores incriminam, e com justa razão, a falta de circulação pelas collateraes, mas alguns dizem que não é esta a causa unica, nem mesmo talvez a principal.

Algumas vezes ella sobrevem antes de qualquer tratamento, mesmo depois de dez, doze, quatorze dias após a ligadura, já se havendo restabelecido a circulação collateral.

Pierre Delbert sustenta que n'estes casos, a gan-

grena, não é senão produzida por coalhos, que se destacam e vão formar embolias. (1)

Comtudo, não podemos deixar de apontar a insufficiencia collateral como causa primordial da gangrena: é mais frequente nas ligaduras do que na extirpação.

Existem, ainda, outras causas de gangrena, como por exemplo: estado do doente, o máo funccionamento de suas arterias, a arterio-sclerose em estado de adiantamento, etc.

. . . .

. . . .

Processo de Lejars: — Deixamos de proposito para tratar d'este importante processo somente após a enumeração dos accidentes varios, que podem ter logar com os methodos da *ligadura* e da *extirpação*, porque é nossa convicção, que elle vem obviar vantajosamente aquelles accidentes.

Consiste este processo em se começar por fazer compressões de uma hora augmentando gradativamente de egual espaço de tempo cada dia. Essas compressões podem ser realisadas manualmente ou por meio de pelotas.

---

(1) A extirpação evita este mal, porquanto este processo supprime o sacco, levando comsigo o perigoso fóco de embolias.

Lejars pratica-as do modo seguinte:

O primeiro dia comprime a *arteria femural* durante uma hora;

O segundo dia, duas horas;

O terceiro, tres, etc., até obter a circulação collateral.

Vemos que por meio d'este processo, podemos intervir em um aneurysma arterial popliteo, contando com a certeza da cura.

OUTROS MEIOS DE TRATAMENTO

Existe uma serie de methodos palliativos, que já não offerecem senão um interesse historico e que nós citaremos de memoria: é o *methodo das injecções coagulantes*, imaginada por Monteggia; a *introducção de corpos extranhos no sacco aneurysmal;* a *malaxação,* que expõe ás embolias e á gangrena; a *refrigeração,* a *compressão directa ou indirecta* e a *flexão,* etc.

Hoje, já ninguem cogita de taes meios para curar um aneurysma da arteria poplitéa; e por isso temos tratado apenas d'aquelles de que dispõe a cirurgia hodierna, por nos parecerem os unicos consentaneos.

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO DE SCIENCIAS MEDICAS E CIRURGICAS

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O canal de Hunter é tambem chamado annel do terceiro adductor.

II

E' n'este canal que a arteria femural se termina; e, depois de tel-o atravessado, dá a poplitéa.

III

Este vaso é a continuação d'aquelle e vae perder o nome de arteria poplitéa, após ter passado o annel do solear.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

O joelho representa o terceiro segmento do membro inferior.

II

Acha-se dividido em 3 regiões: a *anterior*, a *posterior*, chamada *região poplitéa* ou *da cavidade poplitéa*, e uma intermediaria ou *articular* comprehendendo os ossos e articulação do joelho.

III

A região poplitéa é muito importante sob o ponto de vista cirurgico.

HISTOLOGIA

I

As arterias são formadas por tres tunicas: *interna, media* e *externa.*

II

O tecido muscular predomina na tunica media, e, por esta razão, se tem classificado as arterias em dous grupos: as de *typo elastico* e as de *typo muscular.*

III

As arterias mais calibrosas da economia pertencem ao *typo elastico.*

BACTERIOLOGIA

I

O *bacillus anthacis* é o agente responsavel da affecção eminentemente contagiosa, conhecida no homem por *carbunculo* ou *pustula maligna.*

II

O *vibrião septico* é o agente productor da gangrena gazoza.

III

O tetano, como todas as molestias infectuosas, tem tambem o seu agente responsavel: é o *bacillo de Nicolaier.*

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Os auctores classicos dizem que o aneurysma da poplitéa attinge algumas vezes toda a extensão da arteria

II

Pierre Delbert diz não ter encontrado em 358

casos de aneurysma popliteos um só caso d'essa ordem.

III

Tem-se verificado depois da autopsia ou extirpação do sacco, que a porção da arteria attingida é em geral limitada, muito embora seja o tumor bastante volumoso.

PHYSIOLOGIA

I

As propriedades fundamentaes das arterias, são em numero de duas: a *elasticidade* e a *contractilidade*.

II

E' devido á elasticidade, que as arterias se deixam distender pela onda ventricula.

III

A contractilidade arterial está subordinada á acção dos nervos vaso-constrictores.

THERAPEUTICA

I

Das preparações iodicas, o iodureto de potassio é a mais empregada.

II

Para tornal-o mais activo, junta-se-lhe algumas vezes iodo em natureza.

III

Emprega-se o iodureto de potassio tanto externamente como internamente, sob diversas fórmas.

HYGIENE

I

O acto fundamental do exercicio é a contracção muscular, que acha-se subordinada á acção da vontade; isto é, d'um phenomeno psychico, cuja impulsão é transmittida do cerebro aos musculos, por intermedio do systema nervoso.

II

As contracções musculares muito energicas, prolongadas, repetidas, em um tempo dado, produzem no homem sensações desagradaveis com o fazer novas contracções; e, se esse trabalho continúa, constitue, pois, o estado de *fadiga*.

III

A persistencia da fadiga, torna-se muitas vezes chronica, e produz um verdadairo estado pathologico, a *surmenage*.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

E' facil muitas vezes reconhecer si uma ferida foi produzida durante a vida d'um individuo: já, pela presença de sangue coagulado sobre os labios da ferida ou na visinhança d'esta, já, pela existencia de coalhos em fórma de laminas entre os musculos ou as aponevroses e um derramamento abundante de sangue coagulado.

II

Em alguns casos é bastante difficil reconhecer si certas lesões foram produzidas antes ou logo depois da morte.

III

A putrefacção, quando attinge a um certo gráo,

modifica de tal modo as feridas, que é muitas vezes impossivel de se saber ao certo si foram produzidas durante a vida; todavia, o diagnostico pode ser ainda estabelecido, graças á presença dos derramamentos sanguineos profundos.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Os aneurysmas da arteria poplitéa são quasi sempre espontaneos; entretanto, podem ser consecutivos aos traumatismos.

II

A profissão tem um alto valor na etiologia do aneurysma arterial popliteo.

III

Em geral, é facilimo de diagnosticar um aneurysma da poplitéa. Mas, ha casos em que o cirurgião se acha em plena difficuldade para assegurar o diagnostico.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A hemostasia pode ser *preliminar, temporaria* ou *secundaria*. A *hemostasia preliminar* ou preventiva é *total* ou *parcial:* a *total* se realisa por meio de constricção elastica ou compressão por meio de apparelhos proprios; a *parcial* se obtem pela compressão digital, ligadura temporaria, ligadura definitiva da arteria ou das arterias principaes.

II

Entende-se por *hemostasia temporaria* as manobras empregadas no curso da operação para fazer

parar rapidamente e por algum tempo a hemorrhagia, realisadas por meio de pinças de pressão continua e a compressão por intermedio dos tampões.

III

A *hemostasia definitiva* comprehende: as ligaduras feitas com fios constrictores absorviveis, a ligadura metallica, torsão, angiotripsia, sutura, etc.

CLINICA CIRURGICA
(1.ª CADEIRA)

I

Em regra geral, a terminação de um aneurysma é a morte do doente.

II

A cura espontanea ou o estado estacionario, são de rarissimas excepções.

III

São de maxima importancia para o cirurgião as rupturas dos aneurysmas, quando estas se dão para o tecido cellular ou para o exterior.

CLINICA CIRURGICA
(2.ª CADEIRA)

I

Entende-se por *aneurysma arterial* uma bolsa formada pelas paredes alteradas da arteria, cuja cavidade cheia de sangue communica com a luz do vaso.

II

Os aneurysmas são conhecidos desde a mais alta antiguidade.

III

Com relação á fórma, os aneurysmas se dividem em duas classes: os *fusiformes* e os *sacciformes*.

PATHOLOGIA MEDICA

I

O aneurysma da aorta é muito raro antes da idade de 35 annos.

II

Dentre os factores etiologicos, a hereditariedade é de um alto valor.

III

Os traumatismos da região thoracica e as profissões, que exigem trabalhos manuaes penosos, têm uma influencia sobre o desenvolvimento do aneurysma; mas, a causa dominante é a syphilis.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A auscultação é a maneira de perceber e interpretar os ruidos ou sons que provêm do funccionamento normal ou anormal dos orgãos.

II

A auscultação pode ser *immediata* e *mediata*. A *immediata* é realisada pelo aconchego da audição á região onde se quer examinar; a *mediata* é feita por meio de instrumentos acusticos.

III

Foram baseados na propriedade que têm os corpos solidos de transmittir mais exactamente os sons, que descobriram a *auscultação mediata*.

CLINICA MEDICA
(1.ª CADEIRA)

I

Não se deve confundir *atheroma* com *arterio-esclerose*.

São duas cousas bem distinctas.

II

O *atheroma* é uma lesão; a *arterio-esclerose* é uma molestia.

III

A lesão do atheroma é localisada nos grossos e medios vasos. Na arterio-esclerose, são as pequenas arterias, as arteriolas periphericas e visceraes, as attingidas.

CLINICA MEDICA
(2.ª CADEIRA)

I

As pneumonias são molestias muito frequentes entre nós.

II

A pneumonia lobar é mais commum do que a lobular no adulto e na senilidade.

III

Não se pode abraçar um methodo invariavel de tratamento para os pneumonicos.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

A arte de formular é um dos ramos essenciaes da medicina; e é de inteira necessidade o medico sabel-a profundamente, sob pena de passar por ignorante.

II

Chama-se dóse a quantidade ponderavel de medicamentos que se administra á um doente, para uma só vez ou em 24 horas, com o fim de produzir o effeito therapeutico desejado.

III

A fixação das dóses dos agentes therapeuticos é um ponto importante da arte de formular.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

Os parasitas são divididos em *animaes* e *vegetaes*.

II

Tantos uns como outros existem no organismo humano, o que tem se provado nas autopsias e mesmo com o microscopio.

III

Dentre os parasitas vegetaes, são as *bacterias pathogenas* as mais temiveis.

CHIMICA MEDICA

I

Os alimentos estão sujeitos á acção dos diversos succos digestivos, e é este facto que constitue os phenomenos chimicos da digestão.

II

A saliva desdobra, pelo principio que encerra — a *ptyaliana* — as materias feculentas, dando, como ultimo resultado, a producção da glycose.

III

Os alimentos só se tornam aptos á assimilação, depois que soffrem a acção dos succos gastrico, pancreatico, intestinal e a bilis.

A.

CLINICA PEDIATRICA

I

O rachitismo é uma molestia da tenra idade, tendo o seu ponto de partida em uma dyscrasia constitucional e em consequencia d'isto, uma perturbação da ossificação.

II

O rachitismo começa ordinariamente no momento da dentição, no fim do primeiro anno ou nos seis primeiros mezes do segundo.

III

O seu tratamento é medico ou hygienico.

OBSTETRICIA

I

Diz-se que ha inserção viciosa da placenta, quando esta se insere no segmento inferior do uterus.

II

E' muito frequente a inserção viciosa da placenta, sem se poder dar uma explicação approximada de sua frequencia.

III

A placenta pode occupar, conforme a sua situação no segmento inferior, duas posições, dando duas variedades: a *peripherica* ou *marginal* e a *central*.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A craniotomia consiste em perfurar o craneo do feto e extrahir o conteúdo cerebral.

II

Esta operação só se pratica no feto morto.

III

O craniotomo de Blot é um instrumento perfurador, e serve para as realisações das craniotomias.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A ophtalmia granulosa, *trachoma,* é uma das mais graves affecção da pathologia ocular.

II

Ella é de ordinario, talvez exclusivamente, o resultado de uma infecção vinda de um olho trachomatoso; entretanto, o Professor P. Lagrange diz que, a affecção, pode se desenvolver espontaneamente.

III

Sob o ponto de vista clinico, convem estabelecer immediatamente duas fórmas: a *aguda* e a *chronica.*

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A syphilis adquirida é a syphilis resultante do contacto do virus syphilitico com o individuo são.

II

A syphilis hereditaria é a syphilis transmittida aos filhos pelos paes, desde o momento da concepção.

III

A theoria da transmissibilidade da syphilis tem sido origem de grandes discussões.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

O hypnotismo é um estado particular do systema nervoso, determinado por meio de manobras artificiaes.

II

Este estado particular tambem é chamado *somno nervoso,* para distinguir do *somno natural,* com o qual não apresenta senão grosseiras similhanças.

III

A vontade individidual tem uma grande importancia no acto hypnotico.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 28 de Outubro de 1906.

O Secretario

Dr. Menandro dos Reis Meirelles